

LXXXVII Congreso Nacional de Urología

Sesión: Uretra, pene y escroto 1

Sala: Sala Eivissa 2; Día: miércoles 12; Hora: 11:15-12:45

V-30: Linfadenectomía inguinal videoendoscópica simultánea bilateral para carcinoma de pene. Disposición quirúrgica, viabilidad, seguridad y resultados oncológicos preliminares

Izquierdo, P; Gaya, J.M; Sánchez, R; Mas, L; Basile, G; Gavrillov, P; Gallioli, A; Territo, A; Huguet, J; Algaba, F; Palou, J; Rosales, A; Breda, A

Fundació Puigvert

V-31: Abordaje del carcinoma uretral avanzado mediante linfadenectomía pélvica e inguinal de acceso único

Moliner Malaxechevarría, J.; Céspedes Fanlo, C.; Rivero Belenchón, I.; Campanario Pérez, R; Medina López, R.A.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

V-32: Linfadenectomía inguinal asistida por robot con el sistema Hugo™ RAS: configuración quirúrgica y experiencia inicial.

Sánchez Molina, R; Izquierdo González, P; Berquin, C; Gaya Sopena, JM; Basile, G; Farré Alejo, A; Gallioli, A; Mas Grillo, Laura; Territo, A; Diana, P; Gavrillov, P; Rosales Bordes, A; Palou Redorta, J; Breda, A

Fundació Puigvert

V-33: Uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene

Sánchez Molina, Raúl; Farré Alejo, Alba; Izquierdo González, Paula; Bravo Balado, Alejandra; Hernández Peñalver, Pedro; Mas Grillo, Laura; Gaya Sopena, José María; Breda, Alberto; Rosales Bordes, Antonio

Fundació Puigvert

V-34: Preservación supraselectiva de vena safena en Linfadenectomía inguinal bilateral asistida por robot (RAIL).

Barragán Flores W.A.; Rosino Sánchez A.; Flores Hernández C.; Cívico Sánchez C.; Sandoval Martínez-Abarca J. M.; Ipienz Sáez M.; Muñoz Guillermo V.; Barceló Bayonas I.; Montoya R.; Carrillo George C.; Izquierdo Morejón E.; Pietricica B.; Cruces de Abia F.; Romero Hoyuela A.; Hita Villaplana G.; Fernández Aparicio T.

H. G. U. Morales Meseguer-Murcia.

V-35: Uretroplastia bulbo/prostática en estenosis bulbomembranosa como secuela de Ca. próstata radiada

Isabel Bueno Gonzalez; Consolacion Velarde Muñoz; Carlos Trelles Guzman; Alvaro Flor Peña; Francisco Valle Gonzalez; Miguel Efren Jimenez Romero

Servicio de Urología(Inibica),Area de Gestión Sanitaria Campo Gibraltar Este,Universidad de Cadiz/S.Urología Centro Medico Asturias Oviedo

V-36: Recidiva carcinoma urotelial a nivel uretral. Uretrectomía y complicaciones.

Roldán Testillano, Rocío; Rendón Sánchez, J.D.; Herran Yagüe, J.A.; Alonso Grandes, María; Márquez Negro, A.M.; Cernuda Pereira, Casilda; Ripalda Ferreti, E.A.; Páez Borda, Álvaro
Hospital Universitario de Fuenlabrada

V-37: Orquiectomía parcial en testículo único

Casa Valencia, M; Lara Isla, A; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto, A; Damas Arroyo, F.J; Grande Murillo, D; López Sánchez, D; Campos Valverde, D; Calahorra Fernández, L
Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real

V-38: Glandectomía y reconstrucción con injerto de piel

Recio Bermejo, Rafael Carlos; Rivero Guerra, Ángela; Diaz Convalía, Enrique Javier; Sánchez López, Josefa; Afonso Dominguez, Sofía; Jimenez Moreno, Diego; Mazuecos López, María Pilar; Zazo Romojaro, Andrés
Hospital General la Mancha Centro

Linfadenectomía inguinal videoendoscópica simultánea bilateral para carcinoma de pene. Disposición quirúrgica, viabilidad, seguridad y resultados oncológicos preliminares

Izquierdo, P; Gaya, J.M; Sánchez, R; Mas, L; Basile, G; Gavrilov, P; Gallioli, A; Territo, A; Huguet, J; Algaba, F; Palou, J; Rosales, A; Breda, A

Fundació Puigvert

Introducción

La linfadenectomía inguinal videoendoscópica (VEIL) reduce la movilidad en paciente con carcinoma de pene (CP) candidatos a linfadenectomía inguinal con intención curativa / estadiaje. El objetivo del estudio es mostrar la disposición quirúrgica y investigar la viabilidad, seguridad y resultados oncológicos preliminares del VEIL simultáneo bilateral (VEIL-sb) en comparación con el VEIL consecutivo bilateral (VEIL-cb).

Material y métodos.

Se incluyeron los pacientes clínicamente N0-2 tratado con VEIL-cb y VEIL-sb entre 2015 y 2023 en nuestra institución. En pacientes cN0 se realizó linfadenectomía inguinal modificada, mientras que en cN+ linfadenectomía inguinal radical. Se recogieron resultados intra y postoperatorios y el rendimiento ganglionar y la recurrencia local fue comparado entre ambos grupos. En el video se describe la técnica del VEIL-sb.

Resultados

En total, 20 y 10 pacientes fueron sometidos a VEIL-cb y VEIL-sb respectivamente. Dieciséis (80%) y 7 (70%) de los pacientes fueron sometidos a linfadenectomía radical por enfermedad cN1-2 en el VEIL-cb y VEIL-sb. Por el contrario, 4 (20%) y 3 (30%) fueron sometidos a linfadenectomía modificada respectivamente. No hubo diferencias significativas en términos de rendimiento ganglionar (13.5 vs 14, $p=0.7$) y en la media de ganglios positivos ($p=0.9$). El VEIL-sb se asoció con un menor tiempo operatorio (170 vs 240 min, $p<0.01$). No hubo diferencias significativas entre grupos en términos de pérdida sanguínea intraoperatoria, estancia hospitalaria, tiempo hasta retirada de drenaje, complicaciones mayores y reingresos hospitalarios (todos $p>0.05$). Tampoco hubo diferencias entre grupos en complicaciones de la herida, linfedema, linfocele o trombosis venosa profunda (todos $p>0.05$). Dos y un paciente presentaron recurrencia local en el grupo VEIL-cb y VEIL-sb respectivamente.

Conclusiones.

El VEIL bilateral simultáneo es una técnica viable y segura en pacientes con CP, mostrando resultados oncológicos similares, con un tiempo quirúrgico menor en comparación con el abordaje consecutivo bilateral. Los pacientes con mayor comorbilidad preoperatoria o mayor riesgo anestésico son los que más se podrían beneficiar de esta técnica.

Palabras clave: Cáncer de pene, VEIL, simultáneo

Abordaje del carcinoma uretral avanzado mediante linfadenectomía pélvica e inguinal de acceso único

Moliner Malaxechevarría, J.; Céspedes Fanlo, C.; Rivero Belenchón, I.; Campanario Pérez, R; Medina López, R.A.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN

La Linfadenectomía inguinal está indicada en neoplasias peneanas, vulvares o uretrales y algunos melanomas. Las técnicas mínimamente invasivas, como la Linfadenectomía Inguinal Video Endoscópica (VEIL), ofrecen una alternativa eficaz a los procedimientos abiertos, con resultados oncológicos comparables y una menor morbilidad postoperatoria. La Linfadenectomía pélvica e inguinal de acceso único (Pelvic and Inguinal single site Approach PISA) fue descrita por Subirá et al. en 2021 y permite realizar ambas linfadenectomías con un menor número de incisiones. Tanto VEIL como PISA se realizan típicamente mediante un enfoque subcutáneo, siendo uno de los pasos críticos identificar las estructuras vasculares. Para mejorar el control vascular recientemente se ha propuesto un enfoque suprafascial alternativo con resultados oncológicos equivalentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 58 años con carcinoma de uretra bulbar. Previamente presentaba una estenosis uretral tratado con dos uretrotomías internas y una uretroplastia termino-terminal; tras la cual desarrolló un absceso cuya anatomía patológica reveló un carcinoma de alto. El estudio de extensión reveló adenopatías bilaterales. Tras un ciclo de neoadyuvancia con carboplatino y 5-fluorouracilo, presentó una significativa reducción del tamaño del tumor y de las adenopatías, por lo que se realizó una penectomía radical con linfadenectomía inguinal e ilíaca bilateral. Presentamos un video explicando una alternativa novedosa para la linfadenectomía utilizando el mismo acceso para los territorios inguinales y pélvicos, la técnica PISA:

RESULTADOS

Se realiza una pequeña incisión infraumbilical hasta superar la fascia de Camper, seguida de disección roma del espacio de trabajo y se coloca un trocar de 11 mm y dos trocares de 5 mm. Realizamos la disección subcutánea abdominal hasta el ligamento inguinal sobrepasándolo y continuamos la disección superficial a la fascia lata entre los músculos sartorio y aductor largo hasta el vértice del triángulo de Scarpa. Se identifican y disecan cuidadosamente la vena safena magna, los vasos epigástricos superficiales y los vasos circunflejos ilíacos superficiales.

En una segunda fase, profundizamos la incisión de los trocares hasta llegar al peritoneo y realizamos la linfadenectomía pélvica

CONCLUSIONES

El enfoque PISA es una técnica factible con beneficios estéticos y mejoras en la ergonomía del cirujano.

Linfadenectomía inguinal asistida por robot con el sistema HugoTM RAS: configuración quirúrgica y experiencia inicial.

Sánchez Molina, R; Izquierdo González, P; Berquin, C; Gaya Sopena, JM; Basile, G; Farré Alejo, A; Gallioli, A; Mas Grillo, Laura; Territo, A; Diana, P; Gavrillov, P; Rosales Bordes, A; Palou Redorta, J; Breda, A

Fundació Puigvert

Introducción y objetivos

El sistema HUGOTM RAS (Medtronic, EE. UU.) está ganando protagonismo en el campo de la cirugía robótica. Este estudio busca dilucidar los matices del procedimiento y los resultados asociados con la linfadenectomía inguinal asistida por robot utilizando los carros de brazo modulares de este sistema. Presentamos nuestra configuración quirúrgica, una técnica paso a paso y los resultados iniciales logrados con esta plataforma.

Material y métodos

Analizamos retrospectivamente los datos de 5 pacientes que se sometieron a 7 linfadenectomías inguinales asistidas por robot, todas realizadas por un único cirujano robótico experimentado (JMG). Se describieron las características preoperatorias, los resultados posoperatorios y la técnica del procedimiento con el sistema HUGOTM RAS.

Resultados

La mediana de edad (rango intercuartil (RIC)) fue de 66 (60-75) años y la mediana de la puntuación ASA (RIC) fue de 2 (2-3). La cirugía primaria incluyó glansectomía en 3 casos (60%) y penectomía parcial en 2 casos (40%). La estadificación patológica T reveló 2 casos de pT1 (40%) y 3 casos de pT2 (60%) carcinoma de células escamosas de pene; 2 VPH positivos (40%) y 3 VPH negativos (60%). La estadificación N clínica fue negativa (cN0) en 4 pacientes (80%) y positiva (cN1) en 1 paciente (20%), confirmada por estadificación N patológica con 4 pacientes pN0 (80%) y 1 paciente pN3 (20%).) con extensión extranodal. La mediana del tiempo operatorio (RIQ) fue de 90 (85-97,5) minutos por lado con una mediana de 8 (8-9) ganglios linfáticos extirpados por lado. Se informó una complicación posoperatoria, un linfocele que requirió drenaje percutáneo (Clavien-Dindo 3a). La mediana de estancia hospitalaria (RIQ) fue de 3 (3-3,5) días y la mediana del tiempo hasta la retirada del drenaje (RIQ) fue de 8 (6,5-10) días con una producción de drenaje <10 cc por umbral de 24 horas.

Conclusiones

Esta presentación en video describe nuestra configuración operativa y la técnica paso a paso para la linfadenectomía inguinal asistida por robot en el cáncer de pene utilizando el sistema HUGO TM RAS. Nuestra experiencia inicial demuestra la viabilidad y seguridad de este procedimiento con esta nueva plataforma robótica.

Uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene

Sánchez Molina, Raúl; Farré Alejo, Alba; Izquierdo González, Paula; Bravo Balado, Alejandra; Hernández Peñalver, Pedro; Mas Grillo, Laura; Gaya Sopena, José María; Breda, Alberto; Rosales Bordes, Antonio

Fundació Puigvert

Introducción y objetivos

La uretrostomía perineal es la forma definitiva de derivación urinaria en pacientes con cáncer de pene localmente avanzado o anatómicamente desfavorable que requieren penectomía total. Sin embargo, sus complicaciones más comunes son la infección de la herida (11%) y la dehiscencia (4%). En un intento de mejorar los resultados postoperatorios proponemos una técnica mínimamente invasiva con abordaje perineoscópico.

Materiales y métodos

Se realiza una incisión perineal media de 2 cm seguida de una disección digital del espacio subcutáneo para crear espacio para la inserción de un trócar con balón de 11 mm y dos trócares con balón laterales de 5 mm para tijeras monopolares. Se insufla CO₂ a 15 mmHg, diseccionando el espacio perineal y escrotal y exponiendo la uretra colgante. A continuación, se realiza una incisión y disección del músculo bulbocavernoso. Después de la disección y transección de la uretra, se extrae el extremo distal a través de la incisión medioperineal y se espatula para crear una uretrostomía perineal. Se realiza una sutura interrumpida con vicryl 4-0, aproximando los bordes uretrales y la piel. Se coloca una sonda vesical de silicona de 18Fr. Finalmente, en este caso se realizó penectomía subtotal y linfadenectomía inguinal videoendoscópica bilateral según técnica habitual.

Resultados

Presentamos una serie de cinco pacientes con cáncer de pene sometidos a penectomía total/subtotal con uretrostomía perineoscópica. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 5,6 días y la mediana del tiempo quirúrgico total, incluida la penectomía subtotal y la linfadenectomía inguinal videoendoscópica bilateral, fue de 5,4 horas. Todos los pacientes estaban continentales después de la retirada del catéter vesical. Sólo 1 paciente presentó una complicación Clavien-Dindo 1 relacionada con la uretrostomía perineoscópica (infección escrotal). Al año de seguimiento, un paciente desarrolló estenosis del meato y actualmente estaba en régimen de dilataciones periódicas.

Conclusiones

Esta es la primera serie de casos de uretrostomía perineoscópica en pacientes con cáncer de pene. Esta técnica mínimamente invasiva representa una alternativa para el abordaje abierto y para otras patologías uretrales y podría potencialmente mejorar la morbilidad y reducir las complicaciones de la herida quirúrgica en estos pacientes.

Preservación supraselectiva de vena safena en Linfadenectomía inguinal bilateral asistida por robot (RAIL).

Barragán Flores W.A.; Rosino Sánchez A.; Flores Hernández C.; Cívico Sánchez C.; Sandoval Martínez-Abarca J. M.; Ipienz Sáez M.; Muñoz Guillermo V.; Barceló Bayonas I.; Montoya R.; Carrillo George C.; Izquierdo Morejón E.; Pietricica B.; Cruces de Abia F.; Romero Hoyuela A.; Hita Villaplana G.; Fernández Aparicio T.

H. G. U. Morales Meseguer-Murcia.

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía inguinal es parte del tratamiento multimodal en pacientes con tumores de uretra con ganglios inguinales clínicos. Se ha desarrollado la técnica laparoscópica asistida por robot (RAIL) siendo una técnica mínimamente invasiva que además confiere ventajas para el cirujano al momento de realizar la cirugía.

MATERIALES Y METODOS

Mujer de 71 años diagnosticada de neoplasia vesical infiltrante hace 3 años por lo que recibe quimioterapia neoadyuvante + Cistectomía Radical + derivación urinaria (AP: ypT1ypN1). En seguimiento presenta recaída ganglionar inguinal bilateral y masa en uretra y cúpula vaginal, con biopsia de ganglio inguinal positivo para metástasis de carcinoma urotelial. Inicia quimioterapia y tras respuesta parcial se decide cirugía local y posterior linfadenectomía inguinal bilateral. Tiene además antecedente de esclerosis de v. safena infrapoplítea de pierna izquierda por lo que se intentará preservar la mayor cantidad de colaterales de vena safena.

RESULTADOS

Delimitamos el triángulo de Scarpa en ambos muslos. Se colocan tres trócares robóticos y un trócar AirSeal para el ayudante en cada muslo. Iniciamos con la creación del espacio quirúrgico inguinal izquierdo hasta identificar la arteria femoral e iniciamos la liberación proximal del paquete ganglionar profundo hasta identificar el cayado de la v. safena. Se preserva la mayor cantidad de ramas accesorias de la vena safena y se procede a la liberación del paquete ganglionar de la misma. Continuamos con la liberación del paquete ganglionar superficial identificando la fascia de Camper y el ligamento inguinal como límites superior y craneal. Se deja drenaje en el lecho. Se repite el procedimiento en el lado derecho. Paciente es dada de alta a las 24 horas, se retira el drenaje a los 15 días en CEX. En el seguimiento no presenta linfedema. En total se obtienen 25 ganglios siendo positivo solo uno de ellos.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía inguinal asistida por Robot (RAIL) es un abordaje mínimamente invasivo en el tratamiento de ganglios inguinales en tumores de uretra. Dada la mejor ergonomía y movimiento de pinzas para el cirujano facilita la disección ganglionar y la preservación de la v. safena y sus ramas que podría ayudar a evitar la aparición de linfedemas.

Palabras clave: Linfadenectomía, RAIL, Uretra

V-35

LXXXVII Congreso Nacional de Urología. Palma de Mallorca. 2024. 12 al 14 de junio de 2024

Presentación: Vídeo

Uretroplastia bulbo/prostática en estenosis bulbomembranosa como secuela de Ca. próstata radiada

Isabel Bueno Gonzalez; Consolacion Velarde Muñoz; Carlos Trelles Guzman; Alvaro Flor Peña; Francisco Valle Gonzalez; Miguel Efran Jimenez Romero

Servicio de Urología(Inibica),Area de Gestión Sanitaria Campo Gibraltar Este,Universidad de Cadiz/S.Urologia Centro Medico Asturias Oviedo

Paciente de 60 años,al que se le realizo radioterapia hace 4 años,por carcinoma de prostata organoconfinado.actualmente psa 0,0

acude al servicio de urgencias por retencion urinaria,siendo infructuoso el intento de sondado.se coloca sonda suprapubica.

cums:estenosi de uretra bulbomembranosa de 1,5 cnt,con obliteracion total,tanto retrograda como miccional.dilatacion prestenotica en retrograda y permiccional.

se decide uretroplastia t-t

Recidiva carcinoma urotelial a nivel uretral. Uretrectomía y complicaciones.

Roldán Testillano, Rocío; Rendón Sánchez, J.D.; Herran Yagüe, J.A.; Alonso Grandes, María; Márquez Negro, A.M.; Cernuda Pereira, Casilda; Ripalda Ferreti, E.A.; Páez Borda, Álvaro

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción:

El carcinoma uretral supone una condición poco común, representando menos del 1% de todos los tipos de cáncer. La edad de aparición ronda los 60-70 años, teniendo como factores de riesgo el antecedente de tumor vesical, la estenosis uretral, la inflamación crónica (infecciones del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual) y la radioterapia, entre otros. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma urotelial, constituyendo el 50-80% de los casos.

El diagnóstico se suele producir en etapas avanzadas, dada la escasa sintomatología, siendo la uretrorragia el síntoma más frecuente (62%).

La uretrocistoscopia con toma de biopsias se considera el *gold standard* para el diagnóstico. La resonancia magnética y la tomografía computarizada (TAC) toracoabdominopélvica ayudan en la estadificación local y a distancia.

El tratamiento varía según la extensión de la enfermedad. Las complicaciones descritas en relación a la uretrectomía son múltiples: el hematoma escrotal, la dehiscencia de la herida quirúrgica, el daño rectal, la fascitis necrotizante... pudiendo precisar esta última de penectomía total.

Material y Métodos:

Describimos el caso clínico acontecido y realizamos una revisión exhaustiva de la bibliografía.

Resultados:

Presentamos a un varón de 70 años diagnosticado en noviembre de 2019 de carcinoma urotelial vesical pT2 G3 + pTis N0M0. Recibe quimioterapia neoadyuvante, y en abril de 2020 se interviene de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker con anastomosis ureteroileal tipo Wallace II.

Posteriormente precisa de eventroplastia de la línea media y paraestomal; además de tratamiento endoscópico de estenosis de la anastomosis ureteroileal bilateral, portando en la actualidad catéter unijota bilateral.

En septiembre de 2023 consulta por uretrorragia, siendo diagnosticado de carcinoma urotelial uretral mediante cistoscopia con toma de biopsias y citología. TAC sin enfermedad local o a distancia. Se somete a uretrectomía radical con márgenes libres. Como complicación inmediata el paciente sufrió hematoma peneano y escrotal, y a las 3 semanas necrosis glandular, precisando de desbridamiento.

Conclusiones:

La uretrectomía es una intervención quirúrgica agresiva, indicada en pacientes diagnosticados de carcinoma vesical con recidiva uretral. Las complicaciones descritas son múltiples, mostrando especial atención a la fascitis necrotizante.

Orquiectomía parcial en testículo único

Casa Valencia, M; Lara Isla, A; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto,A; Damas Arroyo, F.J; Grande Murillo, D; López Sánchez, D; Campos Valverde, D; Calahorra Fernández, L

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real

Palabras Clave: tumor testicular, cirugía conservadora, orquiectomía radical

Introducción

El tratamiento de elección de los tumores testiculares malignos o desconocidos es la orquiectomía radical, siendo muy eficaz para curar la enfermedad, pero presenta numerosos efectos secundarios como disfunción sexual, infertilidad o problemas psicológicos, sobre todo en varones jóvenes.

La cirugía conservadora de testículos u orquiectomía parcial tiene como objetivo extirpar el tumor preservando tejido testicular sano y función testicular. Esta cirugía representa una alternativa a la orquiectomía radical en casos seleccionados, estando cada día más en auge.

Actualmente está indicado la orquiectomía parcial en tumores bilaterales sincrónicos, tumores contralaterales metacrónicos o con una lesión en testículo único con niveles de testosterona normales preoperatoria, siempre que el volumen tumoral sea inferior al 30% del volumen testicular.

En todos los casos, la extirpación de la masa testicular debe ir acompañado de múltiples biopsias de tejido circundante.

Posteriormente se recomienda radioterapia adyuvante con una dosis de 20Gy en el testículo restante.

La radioterapia se recomienda porque todos los tumores de células germinales se asocian con la presencia de TIN en el parénquima adyacente, siendo este precursor de tumores de células germinales. La radioterapia erradica el TIN y por tanto la progresión a tumor maligno.

Material y métodos

Varón de 41 años con antecedentes de orquiectomía izquierda por seminoma testicular izquierdo pT1bNxMxS1 y un ciclo de carboplatino adyuvante en abril de 2022 que presenta recidiva 18 meses después en el testículo derecho.

En la ecografía testicular se detectan dos nódulos hipoecogénicos de 8 y 2mm en el polo superior del testículo derecho. Se completa estudio con RM de escroto confirmándose una lesión focal nodular de 6 mm a nivel del polo superior.

La exploración física es anodina. El estudio de extensión y los marcadores tumorales fueron negativos con testosterona en niveles normales.

Se realiza orquiectomía parcial derecha con diagnóstico intraoperatorio de seminoma y biopsias aleatorias testiculares negativas.

Conclusiones

La cirugía conservadora de testículos es una alternativa quirúrgica válida que proporciona buen control oncológico y preservación de la función testicular, principalmente en tumores testiculares bilaterales o testículos solitarios.

Glandectomía y reconstrucción con injerto de piel

Recio Bermejo, Rafael Carlos; Rivero Guerra, Ángela; Diaz Convalía, Enrique Javier; Sánchez López, Josefa; Afonso Dominguez, Sofía; Jimenez Moreno, Diego; Mazuecos López, María Pilar; Zazo Romojaro, Andrés

Hospital General la Mancha Centro

El cáncer de pene es una neoplasia rara, que afecta a varones predominantemente en la sexta década de vida. Su incidencia es menor a 1/100.000 hombres. El carcinoma epidermoide representa el 95 % de todos los tumores de pene y su localización más frecuente es el glande.

Históricamente, su tratamiento ha consistido en cirugías con amplia exéresis de la lesión primaria con la finalidad de evitar márgenes positivos. Estas cirugías conllevan un alto impacto personal a nivel funcional, psíquico y estético, por lo que cada vez se intentan realizar más técnicas de preservación.

Presentamos a un paciente de 66 años con antecedente de retraso psíquico y síndrome tremórico que acudió por lesión eritematosa en glande de un año de evolución. Tras la realización de punch por parte de dermatología se objetivó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado que infiltraba tejido conectivo subepitelial con margen de invasión infiltrativo (T1a).

Se decidió en sesión clínica realización de glandectomía con injerto. Habitualmente, la pieza para realizar la reconstrucción se obtiene de la piel del muslo empleando el dermatomo. Se decidió conjuntamente con dermatología obtener la muestra tras la medición del defecto que había que cubrir en el mismo acto quirúrgico.

El tiempo quirúrgico fue de hora y media sin incidencias. El paciente fue dado de alta a los dos días con antibiótico, sonda que portó durante una semana y curas cada 48 horas con clorhexidina acuosa. Se revisó conjuntamente con el servicio de dermatología. Se observaron áreas localizadas de necrosis en glande al mes que finalmente reepitelizaron bien y con muy buena evolución de la herida en muslo.

Esta técnica nos permitió un resultado visual y funcional superior al de la penectomía clásica, sin perjuicio del control oncológico, de la morbilidad ni del tiempo operatorio.